Employment Security Department
WASHINGTON STATE

SOLICITUD DE COMPENSACIÓN EMERGENTE POR DESEMPLEO

OFFICIAL USE ONLY – BYE: _____

Apellido:	Primer nombre:	Inicial media	Número seguro social:
Domicilio para correo/Apdo. Postal			
Ciudad	Estado	Zona postal	Número de teléfono:
Dirección electrónica:			Recados, celular o trabajo:

En los últimos 2 años ¿Ha trabajado fuera del Estado de Washington? ☐ Sí ☐ No

¿Ha trabajado desde la última vez que registró un reclamo para beneficios? ☐ Sí ☐ No

En los últimos 12 meses ¿Ha solicitado beneficios por desempleo en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos o Canadá? ☐ Sí ☐ No Contestó sí, ¿en qué estado(s)?_____

¿Se considera deshabilitado como lo define Título II de la Ley Americanos con Deshabilidades (ADA) de 1990? ☐ Sí ☐ No

¿Es ciudadano de los Estados Unidos o Nacional Americano? ☐ Sí ☐ No

Si no es, ¿es su estado inmigratorio satisfactorio? ☐ Sí ☐ No

Si es satisfactorio, adjunte una copia de su tarjeta de registro como extranjero y proporcione lo siguiente:

Número de registro como extranjero: _____ Fecha de vencimiento: _____

En los últimos 12 meses ¿ha estado sin poder trabajar debido a una lesión fuera del trabajo? ☐ Sí ☐ No

Contestó sí, de las fechas: Desde _____ A: _____

En los últimos 12 meses, ¿ha recibido compensación por tiempo perdido por compensación al trabajador? ☐ Sí ☐ No
Contestó sí, de lo siguiente: Número de caso: _____ Fechas: Desde _____ A _____

¿Está inscrito o planea inscribirse en una escuela o programa de capacitación? ☐ Sí ☐ No
Contestó sí, ¿fecha en que planea la inscripción? _____

¿Tiene alguna razón para no poder buscar o aceptar trabajo de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

El dinero que reciba de beneficios por desempleo causa impuestos. ¿Quiere que se le retenga un 10 por ciento para los impuestos federales? ☐ Sí ☐ No

HISTORIAL DE TRABAJO: Por favor actualice su historial de trabajo que abarque **los dos últimos años**. Incluya en ése periodo todo trabajo que haya tenido en éste y cualquier otro estado, en las fuerzas armadas o como empleado civil federal. (Para historial de trabajo adicional use el reverso de esta hoja. Si es necesario, use más hojas). **Anote primero su empleador/patrón mas reciente.**

Nombre del empleador/patrón más reciente:			
Domicilio o Apartado Postal	Ciudad:	Estado:	Zona Postal
Fecha en que empezó a trabajar:	Fecha en que dejó de trabajar:		
Cantidad total que ganó: $_____ por ☐ semana o ☐ mes	Total de horas trabajadas: _____ por ☐ semana o ☐ mes	Pago $_____ por ☐ semana o ☐ mes	
Ubicación / lugar de trabajo:	Nombre del puesto / título:		
¿Está recibiendo pensión de este empleador? ☐ Sí ☐ No	Contestó sí, ¿cuánto recibe antes de deducciones? $_____	Desde qué fecha: _____	
Razón por no estar trabajando (marque solo una): ☐ Falta de trabajo ☐ Renuncia ☐ Despido ☐ Huelga ☐ Aún empleado ☐ Otro (explique abajo): _____			

Solicito una decisión acerca de Compensación Emergente por Desempleo (EUC) que potencialmente se me pudiera pagar bajo la ley del Acta del Seguro de Empleo Estado de Washington. Tengo entendido que si califico para reclamos regulares de Washington, la información que proporcione en esta solicitud se utilizará para registrar el reclamo. Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es correcta.

Firma _____ Fecha _____

Historial de trabajo adicional

Siguiente empleador:

Domicilio o Apartado Postal	Ciudad:	Estado:	Zona Postal

Fecha en que empezó a trabajar:	Fecha en que dejó de trabajar:

Cantidad total que ganó: $_____ por ☐ semana o ☐ mes	Total de horas trabajadas: _____ por ☐ semana o ☐ mes	Pago $_____ por ☐ semana o ☐ mes

Ubicación / lugar de trabajo:	Nombre del puesto / título:

¿Está recibiendo pensión de este empleador? ☐ Sí ☐ No	Contestó sí, ¿cuánto recibe antes de deducciones? $_____	Desde qué fecha: _____

Razón por no estar trabajando (marque solo una):
☐ Falta de trabajo ☐ Renuncia ☐ Despido ☐ Huelga ☐ Aún empleado ☐ Otro (explique abajo):
_____

Siguiente empleador:

Domicilio o Apartado Postal	Ciudad:	Estado:	Zona Postal

Fecha en que empezó a trabajar:	Fecha en que dejó de trabajar:

Cantidad total que ganó: $_____ por ☐ semana o ☐ mes	Total de horas trabajadas: _____ por ☐ semana o ☐ mes	Pago $_____ por ☐ semana o ☐ mes

Ubicación / lugar de trabajo:	Nombre del puesto / título:

¿Está recibiendo pensión de este empleador? ☐ Sí ☐ No	Contestó sí, ¿cuánto recibe antes de deducciones? $_____	Desde qué fecha: _____

Razón por no estar trabajando (marque solo una):
☐ Falta de trabajo ☐ Renuncia ☐ Despido ☐ Huelga ☐ Aún empleado ☐ Otro (explique abajo):
_____

Siguiente empleador:

Domicilio o Apartado Postal	Ciudad:	Estado:	Zona Postal

Fecha en que empezó a trabajar:	Fecha en que dejó de trabajar:

Cantidad total que ganó: $_____ por ☐ semana o ☐ mes	Total de horas trabajadas: _____ por ☐ semana o ☐ mes	Pago $_____ por ☐ semana o ☐ mes

Ubicación / lugar de trabajo:	Nombre del puesto / título:

¿Está recibiendo pensión de este empleador? ☐ Sí ☐ No	Contestó sí, ¿cuánto recibe antes de deducciones? $_____	Desde qué fecha: _____

Razón por no estar trabajando (marque solo una):
☐ Falta de trabajo ☐ Renuncia ☐ Despido ☐ Huelga ☐ Aún empleado ☐ Otro (explique abajo):
_____

Siguiente empleador:

Domicilio o Apartado Postal	Ciudad:	Estado:	Zona Postal

Fecha en que empezó a trabajar:	Fecha en que dejó de trabajar:

Cantidad total que ganó: $_____ por ☐ semana o ☐ mes	Total de horas trabajadas: _____ por ☐ semana o ☐ mes	Pago $_____ por ☐ semana o ☐ mes

Ubicación / lugar de trabajo:	Nombre del puesto / título:

¿Está recibiendo pensión de este empleador? ☐ Sí ☐ No	Contestó sí, ¿cuánto recibe antes de deducciones? $_____	Desde qué fecha: _____

Razón por no estar trabajando (marque solo una):
☐ Falta de trabajo ☐ Renuncia ☐ Despido ☐ Huelga ☐ Aún empleado ☐ Otro (explique abajo):
_____

Envíe a: **Employment Security Department**
Attn: EUC Unit
P.O. Box 9046
Olympia, WA 98507-9046